利用ｻｰﾋﾞｽ	□入　　所 □短期入所（ショートステイ） □通所リハビリテーション（デイケア）
現　況	□在宅　　主たる介護者　： かかりつけ医　： 現利用中のｻｰﾋﾞｽ： □医療機関入院中　　医療機関名　： 入　院　日　：　　年　　月　　日　～ □施設入所中　　施　設　名　： □特別養護老人ﾎｰﾑ　□養護施設　□ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ □有料老人ﾎｰﾑ　□軽費施設　□老健施設　□その他 入　所　日：　　年　　月　　日　～
退所後の方針	□在宅 □施設入所　（施設名： □その他　（
負担限度額	□第１段階　□第２段階　□第３段階　□第４段階
介護保険	介護保険番号　： 認定有効期間　：　年　月　日　～　年　月　日 介　護　度　：　□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２ □要介護３　□要介護４　□要介護５
健康保険	種　別　：□後期高齢者医療証　□国保　□社保　□生　□その他 記号・番号　：　保険者番号　：
公費医療	公費負担者番号　： 受給者番号　：
障害手帳	□有　：　種　級　／　障害名：　□無
経済状況	年　金（種類：　／おおよその金額 その他　：
家族状況	氏　名 / 年　齢 / 続　柄 / 同居・別居 様 / 歳 様 / 歳 様 / 歳 様 / 歳
家族構成	
備　考	